Washington State Department of Social & Health Services

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE PARA INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL SOBRE O CLIENTE

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CLIENT CONFIDENTIAL INFORMATION

Vigente a partir de 14 de abril de 2003

A lei requer que o DSHS o notifique sobre seus direitos de privacidade. Este aviso não afeta sua elegibilidade para os serviços do DSHS.

Este aviso descreve como as informações médicas e outras informações confidenciais a seu respeito podem ser usadas e reveladas e como você pode ver essa informação. Por favor, examine-o atentamente.

Que informação confidencial a meu respeito o DSHS possui?

Você pode estar participando ou solicitando sua participação nos programas do DSHS que oferecem benefícios ou serviços. Como parte desse processo, você pode precisar fornecer informações confidenciais como informações de contato, financeiras e sobre sua saúde. Nós também podemos receber enfumaceis confidenciais a seu respeito de outras fontes das quais necessitamos para servi-lo ou providenciar que se pague o seu tratamento.

Quem vê minhas informações confidenciais?

Nós vemos somente a quantidade mínima de informações necessárias para realizar nossos trabalhos. Podemos compartilhar informações com outros programas e pessoas quando permitido pela lei ou por você. Por exemplo, as informações confidenciais sobre sua saúde pode ser fornecidas às autoridades de saúde ou por essas utilizadas, o mesmo se aplicando a outras empresas que cuidem da sua saúde. Podemos compartilhar informações passadas, presentes ou futuras.

Que informação o DSHS compartilha?

Compartilhamos somente informações a seu respeito que sejam necessárias para que terceiros realizem se trabalho. Você pode solicitar uma lista dos lugares para onde enviamos suas informações de saúde.

Quando o DSHS compartilha informações confidenciais?

Mantemos e compartilhamos informações para coordenar o tratamento, o pagamento e as operações da agência. Podemos compartilhar informações para:

- Determinar se o tratamento médico é adequado.
- Pagar pelos serviços das empresas de saúde.
- Determinar sua elegibilidade para serviços ou benefícios.
- Avaliar a qualidade dos cuidados que você recebe das empresas de saúde.

Eu posso ver minhas informações?

Você pode ver as informações que possuímos a seu respeito. Se você tiver registros em mais de uma parte do DSHS, precisará nos dizer quais registros deseja ver. Se você solicitar, receberá uma cópia. O DSHS pode cobrá-lo pela cópias dos seus registros.

Eu posso alterar meus registros?

Se você julgar que as informações de saúde em seus registros estejam incorretas, poderá encaminhar um pedido por escrito, que nós retificaremos as informações existentes ou incluiremos novas. Você também pode solicitar que enviemos as retificações para terceiros que tenham recebido cópias dos seus registros.

O que acontece quando outra pessoa precisa de minhas informações confidenciais?

Você poderá se solicitado a assinar uma autorização para permitir que suas informações sejam compartilhadas se:

- o DSHS precisar encaminhar as informações para outros lugares;
- você quiser que nós enviemos as informações para outra agência ou empresa de saúde;
- você desejar que suas informações sejam enviadas para outra pessoa, tal como seu advogado, um parente ou outro representante.

Sua permissão de compartilhamento das informações vigora até a data estipulada no formulário de autorização. Nós só poderemos compartilhar as informações que você relacionar. Você pode revogar ou alterar essa permissão, mediante comunicação escrita.

AVISO DO DSHS SOBRE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE PARA INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS
Vigente a partir de 14 de abril de 2003

Minhas informações confidenciais podem ser compartilhadas sem minha permissão?

Sim, há ocasiões em que as informações confidenciais podem ser compartilhadas sem a sua permissão. Por força de lei, somos às vezes solicitados a compartilhar informações confidenciais a seu respeito, mesmo que você não o tenha permitido. Algumas dessa situações são:

- Relato sobre incidentes de abuso de crianças ou adultos ou negligência para com a polícia ou outros órgãos públicos apropriados;
- Fornecimento de registros quando ordenado judicialmente;
- Prestação de informações para outros órgãos de saúde que supervisionam as operações do DSHS;
- Compartilhamento de informações com órgãos do governo que licenciam e inspecionam instalações médicas, tais como ambulatórios e hospitais;
- Compartilhamento de informações pelas empresas ou órgãos públicos de saúde com a finalidade de determinar se você é elegível para serviços ou benefícios;
- Prestação de certas informações a pais ou tutores de menores;
- Utilização das informações para fins de pesquisa.

Eu posso limitar o compartilhamento de minhas informações e definir como as receberei?

Você pode solicitar que se limitem a utilização e o compartilhamento de suas informações de saúde, mas não somos obrigados a concordar com isso. Você também pode solicitar que enviemos essas informações para você em um formato diferente ou para um local diferente.

Eu posso obter uma cópia deste aviso?

Sim. Este aviso é para que você o guarde. Se você tiver recebido esse aviso eletronicamente, poderá solicitar uma cópia impressa, que nós a forneceremos.

O que acontecerá se as práticas de privacidade forem modificadas?

Nós nos reservamos o direito de modificar as práticas constantes neste aviso. Se a lei for modificada, nós lhe enviaremos um novo aviso a respeito de tais alterações.

Quem poderei contatar se tiver perguntas sobre este aviso ou sobre meus direitos?

Se você tiver perguntas sobre este aviso, por favor, faça-as à pessoa que lhe entregou este aviso. Se precisar de mais assistência, contate o Departamento de Privacidade do DSHS pelo telefone (360) 902-8278.

Como devo reportar uma violação do meu direito à privacidade?

Se você acreditar que seus direitos à privacidade foram violados, poderá encaminhar uma reclamação para:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115. Se você encaminhar uma reclamação, o DSHS não modificará nem interromperá seus serviços ou benefícios e nem tomará nenhuma medida de retaliação.

OU PARA

The Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS), 2000 Independence Avenue, Washington, D.C. 20201. Todas as reclamações encaminhadas ao DHHS devem ser feitas até 180 dias a partir da data de violação de privacidade.

Washington State Department of Social & Health Services

AVISO DO DSHS SOBRE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE PARA INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS
DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION
Vigente a partir de 14 de abril de 2003

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
ACKNOLEGEMENT

NOME DO CLIENTE (DATILOGRAFADO OU IMPRESSO)	DATA DE NASCIMENTO DO CLIENTE

Recebi uma cópia do Aviso de Privacidade do DSHS e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre como minhas informações confidenciais de saúde serão utilizadas e compartilhadas pelo DSHS.

ASSINATURA DO CLIENTE OU DO SEU REPRESENTANTE	DATA

PARA USO EXCLUSIVO DO DSHS

A preenchido se for impossível obter a assinatura do cliente ou do seu representante.

Descreva os esforços realizados para obter do cliente o comprovante de recebimento do Notice of Privacy Practices (Aviso de Práticas de Privacidade - NPP):

Descreva porque não foi possível o obter o comprovante de recebimento:

NOME E CARGO DO FUNCIONÁRIO (DATILOGRAFADO OU IMPRESSO)	ADMINISTRAÇÃO/DIVISÃO

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	DATA